

A Propos de l'Œdème Pulmonaire subaigu curable du nouveau-né

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1943

PAR

Madame Josette **DONNEZAN**, née **FÉLIX**

Née à Rose-Hill (Ile Maurice), le 22 décembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOUDET, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GIRAUD, Professeur, Doyen.		
		BOUCOMONT, Agrégé.		
		BERT, Agrégé.		

PERPIGNAN

IMPRIMERIE DU MIDI, 14, RUE DE LA LOGE — 6261 TT

1943



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0055

A PROPOS
DE L'ŒDÈME PULMONAIRE SUBAIGU
CURABLE DU NOUVEAU-NÉ

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

A Propos de l'Œdème Pulmonaire subaigu curable du nouveau-né

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1943

PAR

Madame Josette DONNEZAN, née FÉLIX

Née à Rose-Hill (Ile Maurice), le 22 décembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOUDET, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		GIRAUD, Professeur, Doyen.		
		BOUCOMONT, Agrégé.		
		BERT, Agrégé.		

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie ..	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique ..	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABAU, <i>assesseur</i> .
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies ment. et nerveuses ..	EUZIERE, <i>doy. hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires ...	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino lar. et chir. maxillo-fac.	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.	
Chimie	MONNIER, <i>agréé</i> .	Clinique de la tu-	berculose
Microbiologie ...	CARRERE, <i>agréé</i> .	Pathologie chir...	VIDAL, <i>professeur</i> .
Hist. nat. méd...	HARANT, <i>agréé</i> .	— — ..	MOURGUE-MOLI-
Pharmacologie ..	HARANT, <i>agréé</i> .	— — ..	NES, <i>agréé</i> .
Pathologie médic.	BOUCOMONT, <i>agr</i>	Chirurgie expér..	TRUC, <i>agréé</i> .
— —	BERT, <i>agréé</i> .	Médecine, opérat.	GUIBAL, <i>agréé</i> .
Propédeutiq. méd.	P. RIMBAUD, <i>agr</i> .	Accouchements ..	ROUX, <i>agréé</i> .
Clinique interne.	PUECH, <i>prof</i> .	— — ..	CADERAS DE KER-
Clinique des mal.	—	Stomatologie	LEAU, <i>agréé</i> .
contagieuses ...	JANBON, <i>profes</i> .	— — ..	HOUPERT, <i>doct. en méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-MOLI-
—	BOUCOMONT.	—	NES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, <i>chargé d'agr</i> .	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie ...	CARRERE.	Accouchements..	CADERAS DE KER-
Hist. nat. médic.	HARANT.	— — ..	LEAU.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE : PAULINE CAUSSEL

*En souvenir de sa grande tendresse
à mon égard.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR RAOUL FÉLIX

A MON PÈRE
LE DOCTEUR RENÉ FÉLIX

*Bien faible témoignage de reconnaissance
à celui qui a si bien su diriger mes
premiers pas dans mes études, me faire
comprendre et aimer cette science pour
laquelle il se dévoue tant.*

A MON BEAU-PÈRE
LE DOCTEUR RENÉ DONNEZAN
Chevalier de la Légion d'honneur

En hommage de ma profonde affection.

A MON MARI
LE DOCTEUR ALBERT DONNEZAN.

*En témoignage de notre profond amour
pour la carrière qui nous a réunis.*

A MA MÈRE

GERMAINE FÉLIX-CAUSSEL

*Puisse ce modeste travail lui prouver
combien sont restés chers à notre
mémoire ses soins incessants à mon
égard.*

A MA SŒUR ET A SON MARI

POUR MON FILS

JEAN-FRANÇOIS DONNEZAN

MEIS ET AMICIS

VII

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BOUDET

Professeur des maladies d'enfant
et hygiène du premier âge.

Chevalier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Nous lui
exprimons notre très respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GIRAUD,

Professeur de clinique médicale,
Doyen de la Faculté de Médecine,

Légion d'honneur,

Croix de guerre 1918-40.

*Qu'il trouve ici l'expression de notre vive
gratitude et de notre respectueux
attachement pour l'enseignement si
précieux et bienveillant qu'il nous a
toujours prodigué.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. BOUCOMONT,

Professeur agrégé de Médecine Infantile.

*En souvenir de ses leçons cliniques
que nous avons pu toujours apprécier.
Puisse ce modeste travail contribuer à
l'adoption des idées qui lui sont chères.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-M. BERT,

Professeur agrégé de Médecine,

*Qui nous a toujours accueilli d'une façon
charmante, qu'il veuille bien accepter
l'hommage de notre respectueux dévouement.*

A MES MATTRES

de l'Université de Montpellier.

INTRODUCTION

En présence d'une affection pulmonaire aiguë du nourrisson, on a généralement tendance à faire le diagnostic de broncho-pneumonie. Or, en réalité, la véritable broncho-pneumonie est une affection très grave et il faut soustraire de son cadre un syndrome clinique frappant surtout les enfants dans les premiers mois de leur vie, syndrome essentiellement bénin, d'une évolution plus ou moins rapide, isolé et décrit tantôt sous le nom d'œdème infectieux subaigu curable, tantôt sous celui de bronchiolite aiguë grippale ou bronchoalvéolite spumeuse, suivant que les auteurs basèrent leurs dénominations sur le tableau clinique ou sur les constatations anatomiques de cette affection.

Il s'agit en effet d'un syndrome pulmonaire aigu caractérisé par une toux opiniâtre, souvent quinteuse, par une dyspnée et cyanose d'importance variable, avec parfois une expectoration mousseuse ou muco-purulente accompagnée de râles crépitants aux deux bases ; tous ces signes de gravité plus ou moins accusée contrastent avec un état général très peu touché et une température à peine plus élevée que la normale.

L'évolution de cette maladie est toujours favorable, à moins que la vraie broncho-pneumonie ne vienne se greffer sur elle. Les symptômes persistent un certain temps pour disparaître finalement sans laisser la moindre trace.

Le diagnostic est assez difficile. Dans la période de début il s'agit de ne point confondre cette affection avec une broncho-pneumonie, dont la possibilité hante toujours l'esprit du médecin en présence d'un syndrome pulmonaire aigu chez un nouveau-né. Par la suite, il faut différencier ce dernier de l'asthme, de la coqueluche, de la tuberculose pulmonaire et de l'hyper-

trophie thymique. Nos moyens d'investigation pour établir le diagnostic sont précaires. La radiographie ne donne que peu de renseignements. C'est surtout l'évolution et finalement la guérison complète qui fournissent les éléments de diagnostic irréfutables.

Il importe dans ce cas de ne pas se méprendre et croire à un cas de broncho-pneumonie miraculeusement guéri, mais de savoir qu'il s'agissait d'une affection dont l'entité ne fait plus aucun doute et qui doit désormais avoir sa place dans le cadre nosologique des affections pulmonaires du nourrisson.

C'est en 1926 que DEBRÉ attira, le premier, l'attention sur un syndrome qu'il appela « œdème infectieux subaigu curable du nouveau-né ». Il en donna une description détaillée appuyée par quelques observations personnelles. Cet auteur, dans un article publié avec SEMELAIGNE et TOURNAND, souligne en premier lieu que cette affection est toujours primitive et ne s'accompagne jamais ni de rhino-pharyngite ni de coryza.

RHOMER et Mlle PHÉDIZOT décrivent, en 1931, une affection identique sous le nom de « bronchiolite aiguë grippale ».

Quelques années plus tard, en 1938, LEREBoullet, LELONG, DELARUE et JOSEPH publient un article concernant cette même affection, cette fois-ci nommée « broncho-alvéolite spongieuse ». Elle a été observée par les auteurs de l'article chez 28 enfants dont ils rapportent les observations.

Les cas de LEREBoullet semblent correspondre à une forme œdémateuse bénigne de la grippe, à cause de l'apparition subite d'un grand nombre de cas dans une même collectivité et de la courte durée de la maladie.

En dernier lieu, BERTOYE, avec MONNET et DECHAVANNE, a réuni, en avril 1943, toutes les données concernant cette affection dans un article intitulé « les broncho-alvéolites du nourrisson ».

La littérature compte à l'heure actuelle un nombre suffisant d'observations pour permettre de caractériser nettement ce syndrome pulmonaire. Il importe donc maintenant, pour donner encore plus de clarté au problème, de savoir quelle place doit occuper cet état pathologique dans la nosologie.

La discussion reste toujours ouverte quant au nom donné par les différents auteurs à cette affection pulmonaire.

DEBRÉ, en l'appelant œdème, subaigu curable du nouveau-né, en donne une définition clinique qui comporte : l'aspect clinique de l'œdème dont l'auscultation et l'expectoration révèlent l'existence ; subaigu, par sa différence nette avec l'œdème aigu ; curable, car toujours suivi de guérison ; enfin du nouveau-né, parce que frappant essentiellement les enfants de zéro à quatre mois de la vie.

RHOMER désigne cette affection du nom de bronchiolite aiguë grippale avec accès d'apnée chez le nourrisson. Ceci est une définition anatomo-clinique, l'auteur ne tenant pas compte de l'alvéolite, mais par contre attachant une importance au symptôme « apnée ».

LEREBOULLET l'appelle broncho-alvéolite spumeuse, ce qui est encore une définition anatomo-clinique, mais basée sur des constatations et symptômes différents.

BERTOYE réunit toutes ces dénominations sous un terme général de bronchoalvéolite du nourrisson.

Quoique les étiquettes soient différentes, il s'agit bien de la même maladie. Cette nomenclature variée crée peut-être un certain degré de confusion, mais l'entité morbide de ce syndrome ne fait plus aucun doute.

Nous adoptons, pour désigner l'état pulmonaire qui fait l'objet de ce travail, la dénomination de DEBRÉ qui nous paraît cliniquement la plus justifiée.

Notre travail débutera par trois observations qu'a bien voulu nous confier notre maître, M. le professeur BOUCOMONT. Ensuite, dans des chapitres successifs, nous envisagerons brièvement l'étude clinique, radiologique et anatomo-pathologique, le diagnostic et le traitement de l'œdème subaigu curable du nouveau-né, en essayant de grouper tous les renseignements que nous avons pu recueillir dans la littérature, mêlés à ceux que nous offrent les trois observations que nous rapportons.

OBSERVATIONS

(dues à l'obligeance de Monsieur le Professeur Boucomont)

OBSERVATION N° 1

D... Jacques, est né le 4 juillet 1942, peut-être quinze jours avant terme et pesait 3.000 grammes à sa naissance. L'accouchement s'est fait en une heure, sans incident, et l'enfant a crié aussitôt. Le poids a fléchi jusqu'à 2.680 grammes et est remonté à 3.000 grammes le 26 juillet seulement.

Son médecin l'envoie au docteur Boucomont parce que, depuis le 4^e jour de sa vie, l'enfant présente « des accès de toux au cours desquels il se cyanose et s'asphyxie. Les quintes sont alarmantes, surtout depuis le 20 juillet », et tous les biberons sont vomis. Le nouveau-né est somnolent, « n'ouvre jamais ses yeux, reste longtemps violacé après les quintes, le poids est stationnaire, la température est normale, les selles régulières et de bon aspect. »

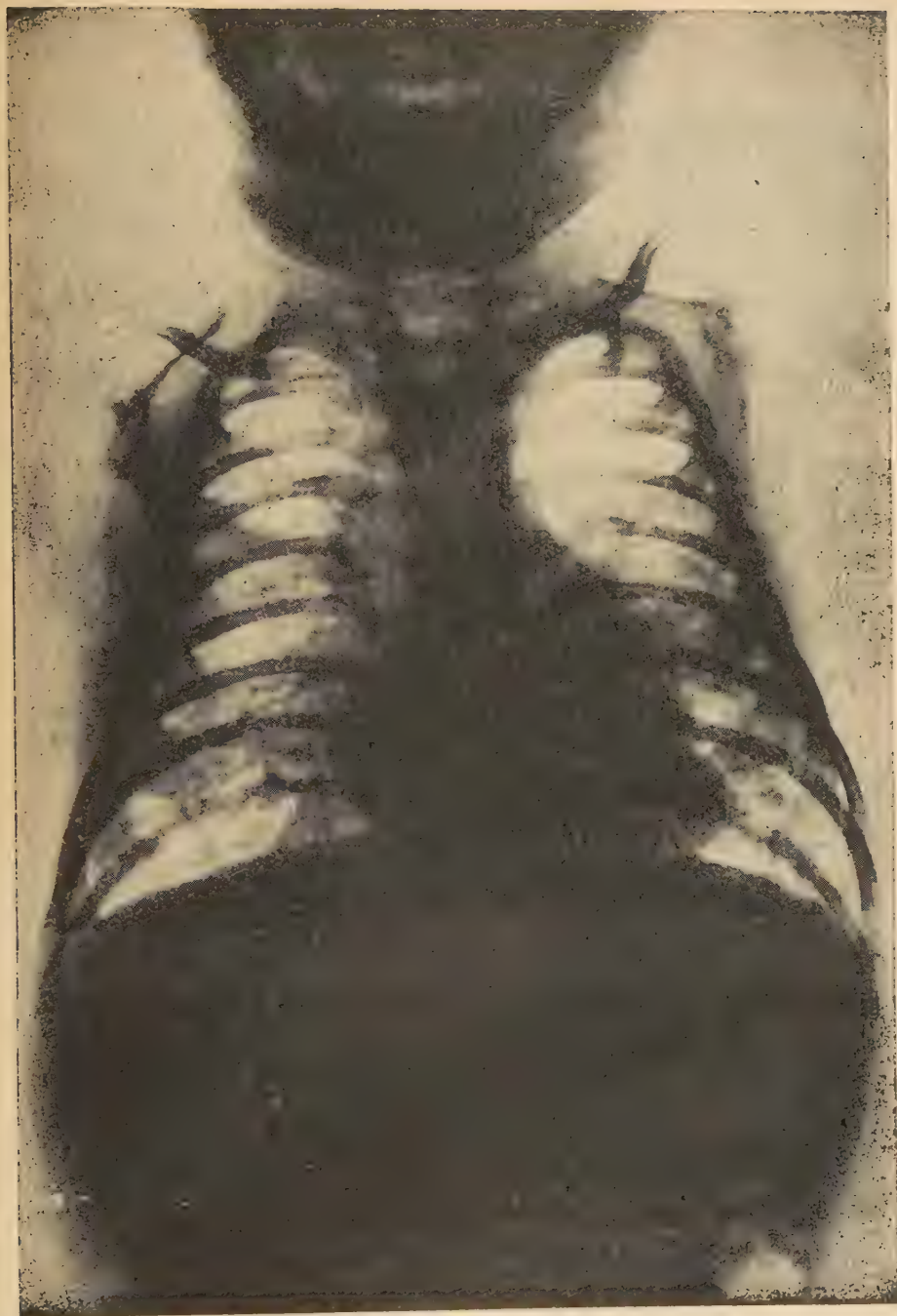
Le 31 juillet, on apprend que la toux est sèche, sans reprise, sifflante ; il n'y a pas eu de convulsions ni de fièvre, la température atteint 37°5 une fois seulement. L'enfant offre un assez bon aspect et pèse 3 kilogs. Mais sa toux est incessante, par secousses brèves et moniliformes comme dans la broncho-pneumonie ; à la fin de l'expiration, le cœur ralentit son rythme à 80-90 pulsations par minute. Il y a un peu de tirage, mais la dyspnée n'est pas nettement accentuée. Quand on met l'enfant la tête en bas, la cyanose est permanente, mais n'atteint pas les lèvres recouvertes de petites bulles de mousse ; les narines sont

animées de battements. Dans l'intervalle des accès, la respiration est rapide.

L'examen ne montre aucune matité du thorax, aucune sonorité excessive, la gorge est saine. L'auscultation décèle une pluie de râles très fins, secs, étendus à la totalité des deux poumons. Tous les autres organes paraissent normaux.

La radioscopie ne montrant pas l'existence d'une hypertrophie thymique, on envisage d'abord l'hypothèse d'une crise d'asthme et on fait faire de la radiothérapie sur le thorax.

La première radioscopie, faite le premier août par le docteur PARÈS, montre que le cœur est normal ; il n'y a pas d'hypertrophie thymique. La totalité des deux poumons, mais surtout les deux bases, est occupée par des ombres floues micronodulaires ou congestives, on constate notamment la présence d'un nodule de 3 millimètres de diamètre à la base du poumon gauche entre la 9^e et 10^e côte. L'aspect est tout à fait celui d'une broncho-pneumonie à foyers disséminés.



1^{re} radio Danielle

Deux jours plus tard, la radiographie, prise, il est vrai, en inspiration, fournit des images analogues, mais moins denses et d'ailleurs différentes dans leur répartition. Le hile droit est volumineux, formé d'ombres denses, polycycliques. Les ombres sont plus étendues, mais aussi plus floues. L'aspect général est encore celui d'une broncho-pneumonie à foyers multiples.

Après la première séance de radiothérapie, la nuit a été très mauvaise, l'enfant a toussé presque constamment et sa respiration était haletante avec accès d'apnée. Le lendemain, l'enfant ne tousse pas et présente les mêmes symptômes pulmonaires ; les râles cependant paraissent un peu plus volumineux des deux côtés du thorax ; dans la journée, l'enfant présente une expectoration purulente de coloration verdâtre qui contient quelques cellules épithéliales, quelques leucocytes et du pneumocoque. On admet alors qu'il s'agit d'un œdème infectieux du nouveau-né.

La nuit suivante est bonne ; l'enfant a toussé rarement ; il s'alimente mieux et peut boire 80 grammes au lieu de 40 grammes à chaque repas. On fait une nouvelle application de radiothérapie qui est suivie de toux pendant une heure et demie. La nuit suivante est mauvaise, mais le lendemain, la cyanose est beaucoup moins accentuée, on ne constate aucun arrêt de la respiration ni aucun ralentissement du cœur, l'enfant tousse plus calmement ; dans l'intervalle des crises, il présente encore une respiration rapide, superficielle ; son sommeil est encore inquiet.

Le 5 août : on ne constate aucune cyanose, les signes pulmonaires ne sont pas modifiés. L'alimentation est assez facile. Poids : 3.250 grammes.

Le 14 août : l'enfant est ramené par ses parents. Depuis le 5 août il n'a présenté que deux fois de la cyanose ; les quintes sont fortes jusqu'à ce que l'expectoration apparaisse. Les vomissements provoqués par la toux ne sont pas rares. Poids : 3.500 grammes.

Septembre : poids 4.300 grammes. L'enfant n'a présenté ni quintes, ni cyanose, ni vomissement ; mais il a craché plusieurs fois du pus verdâtre. Il tousse sans être incommodé. L'auscul-

tation décèle une rudesse respiratoire dans le poumon droit et des râles de bronchite aux bases. La cuti-réaction est négative. Les râles fins apparaissent de temps en temps.

Le 24 octobre : poids 5.650. L'enfant aurait présenté un épisode fébrile de 3 jours avec fièvre à 39°, sans autre incident qu'une éruption morbilliforme.

Le 23 décembre : poids 6.500. A présenté depuis trois jours des quintes de toux prolongées, avec vomissements, dyspnée et abattement après les quintes. A ce moment, le médecin traitant a entendu des râles disséminés dans les deux poumons. Il n'y avait pas de fièvre.

Le 20 mai 1943 : a présenté en janvier une crise de suffocation qui a duré 4 à 5 heures et était accompagnée de fièvre pendant un jour. Très bon état général. Pas de râles, même pendant la toux.

Le 17 juillet : L'enfant a la coqueluche depuis quinze jours, les quintes sont très violentes, sans cyanose. Poids, 7.950 grammes.

OBSERVATION N° 2

(J. BOUCOMONT et R. JEANJEAN)

V... Daniel, né le 14 mars 1943, à terme, par accouchement normal, pesant à la naissance 3.400 grammes, deuxième enfant d'une femme bien portante, entre à la clinique le 29 avril 1943 pour insuffisance pondérale — poids actuel : 3.500 grammes — et parce qu'il serait essoufflé lorsqu'il tète.

A l'examen d'entrée, on constate seulement que la rate est perceptible et que l'enfant présente des râles de bronchite dans les deux aisselles avec des râles fins aux deux bases et une toux quinteuse.

La température est absolument normale et le restera jusqu'au 2 juillet.

Le lendemain, en absorbant son biberon, l'enfant présente un accès de suffocation avec cyanose légère et toux. On fait un

examen radioscopique qui ne montre aucun obstacle pharyngo-œsophagien.

Deux jours plus tard, au cours d'une quinte de toux, l'enfant crache du pus vert très épais que l'on retrouve sur les lèvres. On envisage à ce moment-là le diagnostic d'œdème subaigu curable. La radiographie thoracique montre alors que la moitié supérieure des deux hémithorax est obscurcie par des petits nodules en chapelet comme s'ils suivaient le trajet des bronches. Les bases sont libres, le médiastin normal.

Les jours suivants on constate les mêmes signes broncho-pulmonaires. L'enfant continue à tousser, ne prend pas de poids, n'a pas de fièvre.

Le 23 mai, on constate que l'enfant, dont le poids est toujours stationnaire, offre cependant un bon état général, s'alimente bien, ne présente de la dyspnée pendant les tétées que d'une manière inconstante ; la toux est grasse, quinteuse, mais peu fréquente.

Dans les deux poumons existent de nombreux râles plus gros que les râles d'œdème, des râles muqueux de petit calibre. Il existe un peu de polypnée (70 respirations par minute) ; le pouls est à 120, le cœur est normal.

Quelques jours plus tard, l'enfant est toujours gêné quand il prend ses hiberons, les secousses de toux sont parfois accompagnées d'une expectoration purulente ; pas de dyspnée ni de cyanose.

A l'auscultation, on entend de nombreux râles muqueux aux deux bases, ainsi que dans l'aisselle gauche où il existe, de plus, des signes de bronchite discrète.

Le foie déborde les fausses côtes d'un demi travers de doigt ; il existe une anémie modérée avec 3.740.000 globules rouges, 11.000 globules blancs, 70 p. 100 d'hémoglobine ; 0,95 de valeur globulaire ; 35 neutrophiles, douze éosinophiles, 11 grands mononucléaires, 4 moyens mononucléaires et 38 lymphocytes pour 100.

Le tubage gastrique recueille du pneumocoque et du streptocoque. Il n'y a pas de bacilles de Koch.

Le même jour, un prélèvement du mucus nasal donne du

micrococcus catarrhalis et du bacille de Hoffmann ; le même jour également, le mucus pharyngé contient du staphylocoque.

La radiographie du 27 mai montre que la plage pulmonaire gauche est beaucoup plus dégagée qu'à l'examen précédent. Des petites taches denses sont rassemblées au voisinage du hile. Du côté droit, il existe une ombre plus différenciée, plus dense à l'extrémité postérieure de la troisième côte et entourée d'une zone dont la densité va en diminuant vers la périphérie. Les bases sont libres. Le dessin des bronches n'est pas anormalement accentué.

Pendant tout le mois de juin on constate à peu près les mêmes signes et on signale tantôt des râles d'œdème, tantôt des râles humides, tantôt de la bronchite fine diffuse. La dyspnée a complètement disparu, l'expectoration persiste blanchâtre, muco-purulente.

La radiographie du 2 juillet peut être considérée comme normale. Notamment, la masse arrondie qui se projetait sur l'extrémité postérieure de la troisième côte droite a complètement disparu ; il n'existe seulement qu'un tracé un peu accentué du hile gauche et de la partie tout à fait supérieure du hile droit.

Pendant toute la durée de la maladie, l'état général reste excellent, la courbe de poids a commencé à s'améliorer à partir du 24 avril, date à laquelle on a commencé du vaccin de Weill-Dufour suivant la technique habituelle (8 injections), puis du vaccin I. O. D. (5 injections). A la même date, l'enfant fut placé pendant plusieurs jours sous la tente à oxygène.

Ultérieurement, il a présenté un syndrome cholériforme dont il a guéri ; ça et là on a entendu quelques râles aux bases et dans l'aisselle droite, mais l'état général est excellent, il n'y a plus de signes fonctionnels. La maladie peut être considérée comme terminée à la date du 30 juin.

La cuti-réaction et la percuti-réaction à la tuberculine ont été pratiquées tous les mois et ont toujours été négatives, elles le sont encore à la date du 6 septembre 1943.

Toutes les réactions sérologiques (Wassermann, Kahn, Meinicke) sont négatives.

OBSERVATION N° 3

(J. BOUCOMONT)

A... Hélène est née à huit mois et demi (poids 2.480 grammes). Accouchement spontané le 26 mai. Sa mère a présenté une pleurésie à l'âge de 12 ans et la cuti-réaction est très positive, mais il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration. La grand'mère est en sanatorium et n'a pas été en contact avec l'enfant.

L'enfant est nourrie par sa mère, mais elle tète mal et sa croissance pondérale est insuffisante (2.700 le 1^{er} juillet).

Le 20 juin, coryza avec toux, absence de symptômes à l'auscultation pulmonaire ; léger fléchissement du poids.

Dès l'entrée à la Clinique Pédiatrique, le 30 juin, pendant l'examen, l'enfant tousse, suspend sa respiration et se cyanose de façon très intense ; la toux est quinteuse et l'enfant rejette des mucosités glaireuses, jaune-verdâtre, puis l'enfant reste cyanosée pendant plusieurs minutes, devient ensuite blafarde et enfin reprend des couleurs normales. On constate alors que la respiration est périodique avec des pauses prolongées. Les bruits du cœur sont normaux. L'examen neurologique est normal. Mais l'auscultation pulmonaire décèle des râles sous-crépitants fins dans l'aisselle gauche et des râles plus gros à droite.

On envisage la possibilité d'un œdème subaigu en raison de la toux quinteuse, de la cyanose, de l'apyrexie complète, de l'expectoration purulente et des râles aux bases.

Pendant la semaine suivante, l'enfant présente trois ou quatre fois par jour des quintes de toux, une cyanose qui dure trois ou quatre minutes après chaque quinte et une expectoration purulente ; la recherche du bacille de Koch dans le liquide gastrique a été deux fois négative. La cyanose n'apparaît plus à partir du 6 juillet ; la toux se calme vers le 26 juillet et l'auscultation révèle seulement du catarrhe bronchique, qui disparaît le 5 août (poids 3.400 grammes).

La radiographie du 30 juin est difficile à interpréter en raison des petites dimensions du thorax ; la région du hile gauche est plus volumineuse et plus dense que dans les thorax normaux, ses contours sont polycycliques. Du côté droit, les ombres qui aboutissent au hile sont plus denses, spécialement vers le sommet ; en outre, dans le tiers inférieur de la plage pulmonaire, un ombre diffuse et une huitaine de taches micronodulaires de un millimètre de diamètre.



Pyralis plumea 7256

Du 1^{er} juillet au 5 août, deux cuti-réactions et deux percuti-réactions ont été négatives. La radiographie thoracique et l'auscultation de la mère ne permettent pas de suspecter la tuberculose.

Le 13 juillet, l'enfant a présenté sans température cinq accès convulsifs ; la ponction lombaire donne : 22 éléments par mm² (19 lymphocytes et 3 polynucléaires), 2 gr. 70 d'albumine et 6 gr. 85 de chlorures. Glycorachie : 0 gr. 58.

Le 30 juillet, aucune convulsion n'est apparue depuis deux semaines ; ponction lombaire : une cellule par mm², 0 gr. 30 d'albumine, 0 gr. 56 de glucose, 7 gr. 20 de chlorures. La réaction de Wassermann et les autres réactions sont négatives dans le sang de la mère et le liquide céphalo-rachidien de l'enfant.

ÉTUDE CLINIQUE

1. — ETIOLOGIE

a) Age :

Le fait le plus important est le jeune âge du sujet. Tous les malades de LEREBoullet étaient âgés de moins de 7 mois, la plupart de zéro à quatre mois ; les trois enfants dont nous rapportons les observations étaient âgés, le premier et le troisième de six semaines, le deuxième de 4 jours seulement.

b) Antécédents :

Les enfants atteints de cette affection ne présentaient, ni les uns ni les autres, des tares congénitales ; ils n'avaient aucun stigmatisme de syphilis héréditaire et cette maladie ne pouvait être décelée chez leurs parents. Il faut insister sur ce fait car, dans plusieurs cas publiés dans la littérature, un traitement spécifique a été ordonné, l'apparition de troubles morbides peu après la naissance ayant fait croire à la syphilis congénitale qui n'était, pourtant, nullement en cause.

Les enfants n'étaient ni débiles ni atrepsiques, se développaient au contraire normalement.

Aucun de ces enfants n'a vécu dans un milieu contaminé par le bacille de Koch, la tuberculose des nouveau-nés qui a été soupçonnée à tort chez quelques-uns de ces enfants ne pouvait être envisagée.

Bien que DEBRÉ attire l'attention sur le fait que la plupart de

ces petits malades étaient des enfants nés avant terme, on admet, depuis la publication de 28 observations par LEREBoullet, LeLONG, DELARUE et JOSEPH, que la naissance prématurée ne constitue pas un facteur étiologique constant.

Il faut signaler aussi que dans tous les cas l'accouchement a été normal ; jamais on n'a pu incriminer ni un traumatisme obstétrical ni déceler l'inhalation par l'enfant, au moment de la naissance, de particules liquides en quantité anormale.

Par conséquent, on a l'impression que l'œdème subaigu curable du nouveau-né frappe les enfants bien portants sans aucun antécédent héréditaire, obstétrical ou pathologique.

c) Infection :

En dehors de l'âge du petit malade, la seule donnée étiologique à retenir nous paraît être l'infection. Dans un mémoire classique de 1926, RIBADEAU-DUMAS a montré que chez l'enfant du premier âge, l'infection pulmonaire peut être d'origine sanguine (ombilicale, intestinale) ou aérienne. Dans ce dernier cas, l'infection du poumon peut se faire au moment de l'accouchement par aspiration du liquide amniotique, de sang ou de méconium ou de particules alimentaires. La véritable petite épidémie observée par LEREBoullet est une preuve de l'étiologie infectieuse. Il semble bien que les germes en cause soient variés, le pneumocoque occupant probablement une place de choix. DEBRÉ a formellement insisté sur ce point et dans nos deux premières observations, on a pu déceler la présence du pneumocoque dans l'écume recueillie sur les lèvres des petits malades comme aussi dans le liquide gastrique (observation n° 2). M. BOUCOMONT insiste sur les avantages de ce procédé d'exploration qui, par le prélèvement simultané de mucosités nasales et pharyngées, permet de distinguer ce qui revient en propre à l'expectoration, d'éliminer les microbes étrangers aux poumons. Nous ne pouvons cependant préciser la fréquence de l'origine pneumococcique de l'œdème subaigu.

2. — SYMPTOMATOLOGIE

a) Signes fonctionnels :

Le premier signe qui éveille l'attention est la *toux*. Elle est d'abord légère, peu fréquente, survenant de temps à autre dans la journée, surtout au moment des repas. On croit en général que l'enfant a une trachéite légère, on incrimine le froid. Au début, cette toux n'inquiète pas les parents, d'autant que, par ailleurs, l'enfant ne paraît pas malade, continue à bien s'alimenter et à prendre du poids.

Puis, voici que peu à peu, la toux devient plus fréquente et plus intense, elle se manifeste la nuit et le jour, elle devient opiniâtre, pénible, impérieuse, l'enfant est pris de véritables *quintes* qui surviennent surtout au moment des repas ou lorsque l'enfant crie ou s'agite. Ces quintes peuvent être provoquées même lorsque l'on prend l'enfant dans ses bras ou le retourne dans son lit. Cette toux impérieuse trouble le sommeil et rend parfois l'alimentation très difficile.

La gêne respiratoire est plus ou moins marquée. Dans tous les cas, la *dyspnée* existe ; souvent elle est légère, à peine perceptible au repos, mais l'accélération des mouvements respiratoires devient évidente au moindre mouvement, sous l'influence de l'effort et des cris. Dans d'autres cas, la *polypnée* est intense et on peut voir même des troubles du rythme respiratoire. MÉRY signale le cas d'un petit enfant présentant une respiration irrégulière avec des pauses durant de 6 à 10 secondes rappelant le rythme de Cheyne-Stokes. La dyspnée peut être si intense qu'elle s'accompagne parfois d'un tirage sus-sternal, sous-sternal ou intercostal très marqué et de battements des ailes du nez (obs. n° 1).

Parallèlement à cette toux et cette dyspnée il est fréquent de noter deux signes importants : c'est tout d'abord la *cyanose* ; elle est rarement intense comme dans la bronchio-pneumonie, ne se traduit le plus souvent que par une cyanose des lèvres et du pourtour de la bouche ; elle apparaît avec l'accès de toux et cesse rapidement.

La présence d'une *expectoration mousseuse* est plus importante. Elle a été notée par tous les auteurs et a également été constatée dans notre observation n° 1. Elle se traduit par la présence d'un peu d'écume blanchâtre au niveau des lèvres ; peu abondante mais cependant présente dans les périodes de repos, elle s'accroît et attire d'emblée l'attention au moment des quintes de toux ; elle extériorise l'encombrement des voies respiratoires et rappelle un peu, par son aspect spumeux, l'expectoration de l'œdème aigu du poumon, sans avoir néanmoins son abondance ni son caractère rosé ou hémorragique. Cette spume blanchâtre est très finement aérée et se reproduit rapidement dès qu'on l'essuie. Son abondance est variable, mais souvent elle s'écoule en grande quantité par les lèvres et quelquefois par les narines. Signalons, toutefois, que ce chiffre est inconstant. Sur les trois enfants dont nous avons rapporté ci-dessus les observations, deux n'ont jamais présenté d'expectoration spumeuse, tandis que chez le troisième on a constaté d'abord une expectoration spumeuse qui s'est transformée rapidement en une expectoration muco-purulente. C'est là un symptôme important dans l'observation n° 2 où il a attiré l'attention, mais on peut le faire apparaître en provoquant la toux au moyen d'un abaisse-langue.

b) Signes généraux :

Un tableau aussi marqué contraste avec les signes généraux. En effet, le plus souvent l'état général reste bon. Nous avons pu trouver dans la littérature des observations de plusieurs de ces enfants qui, après avoir pendant quelques jours bu avec difficulté et augmenté fort peu de poids — quelques-uns en ont perdu pendant un certain temps — retrouvent leur appétit et leur croissance reprend à peu près régulièrement.

La température n'est pas très élevée. Le plus souvent elle est aux environs de 38°, des fois même elle reste normale, rarement elle dépasse 39°. On ne retrouve aucun signe toxique bien marqué. La cyanose est légère et ne s'accompagne pas de cette pâleur de la face, de ce teint plombé avec facies hébété qui caractérise les atteintes broncho-pulmonaires graves.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume ; le pouls, un peu accéléré, reste bien frappé. La peau n'est pas sèche ni brûlante.

Malgré sa dyspnée, entre les crises de toux, le nourrisson garde un facies sensiblement normal ; il demeure vif et éveillé, l'œil brillant, il crie avec force, garde en partie son appétit et ne présente que rarement de très légers troubles digestifs.

Ce contraste entre l'intensité des troubles fonctionnels d'une part, la persistance d'un bon état général et une croissance suffisante, d'autre part, n'est pas sans étonner. Le caractère impressionnant des signes physiques qui, sans doute, augmente la surprise du médecin ignorant de pareils faits, retient l'attention du clinicien qui observe soigneusement les symptômes et les compare entre eux.

c) Signes physiques :

L'examen des poumons fournit des renseignements capitaux.

La *percussion* montre parfois une légère submatité dans une région limitée du thorax, mais le plus souvent elle ne donne que peu d'indications.

La *palpation* ne donne aucun résultat intéressant.

Par contre, l'*auscultation* du thorax fournit le signe capital du syndrome. L'oreille appliquée contre la poitrine perçoit les mêmes bruits adventices, souvent sur la totalité du champ pulmonaire, parfois, sur une partie seulement : ainsi, dans un tel cas, sur toute la plage d'auscultation antérieure gauche et à la partie inférieure de la zone d'auscultation du poumon droit ; dans tel autre, au niveau de la partie moyenne et à la base, des deux côtés. Ce sont des râles secs très fins, nombreux, éclatants par bouffées à la fin de l'inspiration, superficiels, correspondant à la définition classique des râles crépitants. Parfois ils revêtent un timbre plus humide, parfois ils font place, au bout d'un certain temps, à des râles sous-crépitan. Leur timbre spécial, leur confluence réalisant un véritable bruit de friture.

Dans les cas typiques on ne perçoit aucun autre bruit adventice. Jamais on a signalé de souffle mais, dans quelques observa-

tions publiées dans la littérature, on a noté des râles humides ayant le caractère des râles bulleux ; dans d'autres cas, on a signalé, en outre, quelques sibilances sonores. Mais DEBRÉ a dit si bien : « Nous ne saurions trop insister sur le fait que les râles secs et fins, éclatants et comme superficiels, représentent le signe fondamental, pathognomonique, et que leur importance, leur diffusion extrême et leur persistance constituent l'essentiel de ce syndrome. »

d) Signes radiologiques :

La radiologie n'apporte pas grand'chose à ce tableau clinique. Les images constatées ont été variables. L'aspect radiologique du thorax peut être normal (LEREBOULLET). Le plus souvent on note une diminution diffuse de la clarté du champ pulmonaire, d'appréciation d'ailleurs difficile chez le nourrisson. La présence de petites taches arrondies, floues, inégalement réparties, est de constatation rare et ne présente rien de caractéristique. Dans notre observation n° 2 on a pu constater que la moitié supérieure des deux hémithorax est obscurcie par de petits nodules en chapelet comme s'ils suivaient le trajet des bronches. Ces ombres qui traduisent une condensation du parenchyme pulmonaire n'ont pas l'aspect de celles que l'on rencontre dans la broncho-pneumonie, mais paraissent bien correspondre à des zones congestionnées ou splénisées.

BERTOYE signale un cas présentant une opacité homogène de tout le lobe supérieur droit accompagnée d'une image en bec de canard du hile du même côté.

La variété même de ces images est un peu surprenante ; elle montre que le syndrome fonctionnel peut se rencontrer dans des cas anatomo-radiologiques différents. On doit donc dissocier le syndrome fonctionnel et les signes radiologiques puisque le premier peut être observé soit avec une image normale, soit avec un aspect de broncho-pneumonie nodulaire, soit enfin avec la condensation homogène d'un lobe pulmonaire.

3. — ÉVOLUTION. — FORMES CLINIQUES

Lorsque l'on constate chez un nourrisson des troubles fonctionnels et des signes physiques tels que nous les avons décrits, l'inquiétude est très grande, malgré la persistance d'un état général relativement satisfaisant et, cependant, l'évolution de ce syndrome est, dans la règle, favorable. Que la durée de l'affection soit courte ou qu'elle affecte au contraire une allure traînante comme dans notre première observation, de toute façon la bénignité de l'œdème subaigu du nourrisson est presque constante.

Sans doute, il arrive parfois que la santé s'altère d'une façon apparente : refus de boire, perte de poids, mauvaise mine du nourrisson, pâleur, parfois même un peu de fièvre traduisant l'atteinte de l'organisme. Plus rarement encore, le nouveau-né est prostré, somnolent, vomit et présente même de la diarrhée, maigrit d'une façon alarmante au cours de l'évolution de ce syndrome. Mais beaucoup plus souvent l'altération de l'état général est très peu importante ou, du moins, peu durable.

Parfois, l'affection peut présenter deux ou trois poussées avant de guérir, mais le plus souvent on assiste à une lente régression des différentes manifestations morbides. La dyspnée, avec son cortège de signes, et en particulier le tirage, est la première à disparaître, parfois, déjà après 24 ou 48 heures. De même, l'expectoration spumeuse n'est jamais constatée pendant longtemps, mais cesse très rapidement.

« La gêne respiratoire, traduite par un léger bruit, persiste souvent un peu plus longtemps, de même que la toux. Mais ce sont les signes d'auscultation qui, d'habitude, mettent le plus de temps à disparaître » (BERTOYE), parfois deux à trois mois. Il en est de même pour les signes radiologiques qui, lorsqu'ils ont existé, régressent totalement. C'est à ce moment que l'enfant peut être considéré comme guéri, et la guérison paraît bien définitive. Plusieurs nourrissons, revus plusieurs mois ou même plus d'un an après cette maladie, étaient en parfait état de santé.

LEREBoullet signale la transformation possible, dans de rares cas, en une broncho-pneumonie véritable entraînant la mort. Il s'agit certainement d'une infection secondaire causée par le séjour prolongé du nourrisson dans une crèche, à une époque où sévissent les broncho-pneumonies.

En ce qui concerne la durée de l'affection, nous avons déjà signalé qu'elle est très variable. BERTOYE distingue même deux formes cliniques en se basant uniquement sur la rapidité ou la lenteur de l'évolution. En effet, cet auteur distingue :

a) *Une forme aiguë de courte durée* qui apparaît soit chez un nourrisson en pleine santé, soit chez un nourrisson ayant présenté déjà de légers signes d'infection des voies respiratoires. Le début de cette forme est brusque ; c'est en quelques heures que s'installe la dyspnée, qu'apparaît l'expectoration spumeuse. L'importance des signes physiques et leurs caractères évoquent l'idée d'un œdème pulmonaire. Mais, malgré ce début bruyant, il n'y a pas de signes généraux, la température reste normale ou subnormale. Avec ce début aigu, on assiste fréquemment à une régression rapide puisque, après trois ou quatre jours, les signes fonctionnels ont entièrement disparu, les signes physiques sont très accentués.

b) *Une forme subaiguë*. — Ces formes débutent exactement de la même manière que les formes aiguës. Les signes fonctionnels et les signes généraux contrastent de la même façon, les signes physiques sont identiques. Une seule particularité : c'est l'évolution lente et la variabilité des signes physiques d'un jour à l'autre. C'est là un signe capital. Longtemps après la disparition des signes fonctionnels, l'auscultation permet encore de percevoir de nombreux râles. L'évolution est coupée fréquemment de légères rechutes, accompagnées d'un peu de dyspnée, d'un peu de température. La guérison est la règle en un à deux mois.

c) On pourrait y ajouter encore une troisième forme clinique : c'est la *forme prolongée* dans laquelle on devrait classer les trois cas dont nous rapportons les observations. Chez les trois nourrissons, l'affection a duré bien plus de deux mois, mais s'est également terminée par une guérison complète, du point de vue clinique aussi bien que du point de vue radiologique.

En résumé, l'évolution est toujours favorable et elle constitue un des facteurs les plus caractéristiques de ce syndrome pulmonaire. malgré le jeune âge de l'enfant et l'intensité des signes fonctionnels.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les renseignements anatomo-pathologiques ne peuvent être fournis que par l'autopsie. Or, l'œdème subaigu curable du nouveau-né est, comme son nom l'indique, un syndrome essentiellement bénin. Néanmoins, LEREBoullet a signalé huit cas de mort. Dans quatre cas, l'étude anatomique des poumons a pu être faite et LEREBoullet la résume de la façon suivante :

« Dans tous les cas examinés, l'étude anatomique des poumons n'a jamais montré l'aspect classique des poumons œdémateux, mais celui des broncho-pneumonies banales à foyers disséminés. L'aspect histologique est celui d'une broncho-pneumonie et les phénomènes d'œdème ne sont pas plus marqués que dans n'importe quelle autre broncho-pneumonie.

Mais nous avons pu relever d'une manière constante des altérations moins banales. Ce sont, d'une part, des altérations de l'appareil alvéolaire, réalisant les deux formes habituelles, hyperplasique avec atélectasie, et atrophique avec emphysème, de la pneumonie réticulée. Ce sont, d'autre part, des altérations bronchiques considérables : obstruction par du mucus de la lumière des bronches et des bronchioles, amincissement de la tunique musculaire, congestion des vaisseaux de l'adventice et du chorion.

De telles altérations pariéto-alvéolaires et bronchiques ne sont jamais aussi marquées dans les broncho-pneumonies habituelles de l'enfance.

Ces constatations pourraient mettre en doute la légitimité du terme d'œdème pulmonaire appliqué en ces cas, à titre provisoire, par le professeur DEBRÉ.

La dénomination de bronchiolite aiguë, adoptée par RHOMER et Mlle PHÉLIZOT, ne marque qu'une partie de la vérité.

Celle de broncho-alvéolite spumeuse que nous proposons, a l'intérêt de souligner la diffusion des lésions sans trop en préjuger la nature — les formes curables, seules typiques, gardent en effet leur secret anatomique — elle met aussi l'accent sur un signe objectif curieux de la maladie.

Dans les formes typiques, c'est-à-dire curables, l'examen histologique du poumon ne pouvant être effectué, les constatations anatomiques ne sont fondées que sur l'examen de l'expectoration.

Certes, les signes d'auscultation et l'apparition de la mousse aux lèvres imposent l'idée d'œdème pulmonaire. Mais la teneur en albumine de cette mousse aérée ne dépasse par 2 grammes par litre. Sur les frottis de cette spume, la coloration au mucicarmen de Mayer ne montre que de rares gouttelettes d'exsudat aéro-albumineux et l'on trouve surtout de larges plages mucicarminophiles.

Les éléments cellulaires sont constitués par des cellules bronchiques et des macrophages, les leucocytes polynucléaires sont rares.

Les données anatomiques correspondent par définition à des cas aggravés ; on ne peut donc en tirer des conclusions valables pour tous les cas d'œdème subaigu. On peut donc se demander en quoi de tels états diffèrent les uns des autres et pour quelles raisons on assiste ainsi à des évolutions prolongées, puis à la guérison. M. DEBRÉ et aussi M. SARDÈRE, dans son rapport au III^e Congrès de Pédiatrie, insistent sur ce fait qu'il s'agit d'infections atténuées et que l'immunité tarde à s'établir. A cause de son jeune âge, l'enfant présente des réactions peu vives et son organisme éprouve des difficultés à s'immuniser ; mais si une infection surajoutée, notamment dans les collectivités des nourrissons, ou une cause anergisante survient, l'affection primitivement bénigne se complique, la mort peut emporter le petit malade.

DIAGNOSTIC

L'affection se présente avec des caractères cliniques qui la font aisément reconnaître. Néanmoins, au début, on peut croire à une bronchite simple, au cours des poussées aiguës, la dyspnée, la toux, les râles perçus à l'auscultation peuvent faire penser à une bronchite capillaire, à un catarrhe suffocant, à un œdème aigu du poumon et peuvent alors faire porter le pronostic le plus sombre. Lorsque l'on voit ces crises se renouveler avec des intervalles d'accalmie et la tolérance remarquable de l'organisme, on songe à l'asthme. L'intensité de la toux et l'existence de quintes peuvent faire croire à la coqueluche. L'évolution sub-aiguë d'une pneumopathie chez un nouveau-né a fait naître l'idée d'une tuberculose pulmonaire. Lorsque la symptomatologie paraît particulièrement impressionnante au début, l'esprit peut être orienté vers une broncho-pneumonie vraie. Parfois l'intensité de la dyspnée, accompagnée de tirage sus et sous-sternal, fait penser à la possibilité d'un syndrome par compression dû à une hypertrophie du thymus.

Mais quand on connaît l'entité morbide que nous avons décrite ci-dessus on peut éviter les erreurs d'interprétation et s'orienter vers le diagnostic exact après avoir rejeté les différentes hypothèses.

En règle générale, la lenteur de l'évolution, la bénignité du pronostic, les caractères mêmes des signes physiques, le bon aspect général de l'enfant, l'apyrexie feront d'emblée écarter le diagnostic de *bronchite capillaire*.

Dans certains cas, le diagnostic peut se poser avec les crises de toux paroxystiques que l'on peut observer au cours de

l'asthme du nourrisson. Le diagnostic est difficile. Même début rapide, après un coryza banal avec forte toux et dyspnée ; celle-ci revêt toujours une violente intensité ; les ailes du nez battent, le visage est angoissé ; il existe un certain degré de cyanose. La température s'élève à 38°-39°, le pouls est rapide. De plus, un signe attire l'attention, c'est le sifflement vibratoire que l'on entend à distance. C'est donc le même contraste entre la conservation d'un état général relativement satisfaisant et l'importance des troubles fonctionnels, mais les signes physiques sont bien différents : à l'asthme appartiennent des nombreux râles ronflants et sibilants, tandis que les râles crépitants inspiratoires caractérisent l'œdème subaigu curable du nourrisson. Toutefois, surtout chez l'enfant, l'asthme peut également s'accompagner de râles fins. Il faut donc, dans certains cas, avoir recours aux antécédents familiaux, à la répétition d'accès semblables, à l'évolution tout particulièrement courte pour affirmer asthme plutôt qu'œdème subaigu. Mais le plus souvent, le diagnostic est incertain ; on ne peut décider s'il s'agit d'un élément spasmodique surajouté à une infection broncho-alvéolaire ou s'il s'agit d'un élément œdémateux ajouté à un phénomène spasmodique primitif.

La toux impérieuse, incessante, survenant par accès peut prêter à confusion avec la *coqueluche*. C'est le diagnostic, d'après DEBRÉ, le plus délicat, à tel point qu'au début de l'épidémie rapportée par LEREBoullet la plupart des petits enfants ont été isolés comme suspects de coqueluche. On voit, en effet, la présence de coqueluche fruste à toutes les époques de la vie, et l'on connaît les modifications que le tout jeune âge de l'enfant imprime à l'allure clinique des différentes infections. De plus, le signe fonctionnel capital de l'œdème pulmonaire subaigu est une toux impérieuse, opiniâtre, survenant par crises, provoquée souvent par des cris et des excitations diverses, suivie parfois d'une expectoration spumeuse ou muco-purulente ; son évolution est lente, sa fièvre peut être nulle. La constatation de quelques ombres visibles à l'examen radiologique dans les champs pulmonaires ne serait même pas une objection contre cette interprétation vers laquelle poussent tant d'arguments, puisque l'on a précisément décrit ces faits dans la coqueluche. Mais un

certain nombre de caractères différentiels doivent être soulignés ; tels sont, dans l'affection qui nous intéresse, l'apparition brusque de la toux, sans phase catarrhale qui marque le début de la coqueluche. L'absence de la reprise, classique après la quinte de toux coquelucheuse, l'absence habituelle de signes de bronchite si fréquents au cours de la coqueluche. Quant à l'expectoration qui peut survenir dans la coqueluche, même chez le jeune enfant, elle est essentiellement différente de cette expectoration spumeuse que l'on rencontre dans l'œdème. Enfin, si l'on conservait quelques doutes, la brièveté de l'évolution conduit à infirmer le diagnostic de la coqueluche.

Dans certains cas, la *tuberculose* peut être envisagée dans les formes subaiguës ou trainantes. Mais la tuberculose pulmonaire évolue toujours d'une façon très grave chez le nourrisson et porte rapidement une atteinte profonde à l'état général. D'ailleurs, la notion de contamination, l'examen radiographique, la cuti-réaction et la percuti-réaction permettent d'éliminer facilement le diagnostic de cette affection.

Certains cas de la *broncho-pneumonie vraie* peuvent être au début difficiles à différencier. Mais, dans la broncho-pneumonie, la fièvre est plus élevée et l'altération de l'état général vite marquée. La dyspnée est continue et s'accompagne de battements des ailes du nez, elle n'est pas conditionnée par les mouvements imprimés à l'enfant, comme au cours de l'œdème, mais au contraire permanente. Le bébé paraît abattu, indifférent, sa peau est brûlante, il est anorexique, présente souvent de petits troubles digestifs. Le foie est augmenté de volume, mou comme le foie infectieux. Les signes d'auscultation sont très différents : dans la broncho-pneumonie, râles humides aux deux temps, souffle, au lieu des râles crépitants de l'œdème.

Mais une difficulté plus grande peut survenir dans certains cas : c'est lorsque la forme habituelle de l'œdème subaigu se complique d'une broncho-pneumonie. En effet, si on n'a pas observé le malade au début, le tableau est alors celui d'une broncho-pneumonie typique.

En dernier lieu, on peut penser à l'existence d'une *hypertrophie du thymus* qui se caractérise par le syndrome de compres-

sion médiastinale : tirage sus et sous-sternal, accès de cyanose et de toux. Seul l'examen radiologique peut trancher définitivement la question, montrant une image normale des deux champs pulmonaires et faisant reconnaître aisément le thymus lui-même augmenté de volume.

C'est donc, le plus habituellement, la dyspnée déclenchée par les mouvements, la toux coqueluchoïde provoquée par la mobilisation, accompagnée de cyanose passagère, l'apparition de mousse aux lèvres, la constatation de râles crépitants fins qui permettent de reconnaître chez un enfant dont l'état général paraît bien conservé, le syndrome que nous étudions et le différencier des autres affections.

TRAITEMENT

« Le traitement à opposer à l'œdème subaigu curable du nourrisson sera essentiellement symptomatique. Vu sa bénignité, l'affection ne nécessite pas le déploiement d'un arsenal thérapeutique complexe. Elle n'exige aucun traitement spécifique particulier » (BERTOYE). Ceci en particulier pour les formes simples et de courte durée guérissant le plus souvent spontanément en l'espace de quelques jours.

Mais, dans les formes prolongées, on est tenu d'instituer un traitement. L'observation n° 1, en particulier, nous montre à quel point il est décevant : croyant traiter un asthme du nouveau-né, on a essayé la radiothérapie thoracique ; cette thérapeutique a entraîné une aggravation apparente dans les heures qui ont suivi les premières séances. L'expectoration devenant plus fluide, la respiration a été gênée, mais les premières heures passées, l'enfant a présenté une toux plus calme, l'élément spasmodique a donc été influencé par le traitement, mais la maladie s'est néanmoins prolongée.

L'oxygénothérapie paraît avoir donné les meilleurs résultats. L'oxygène sera donné au ballon ou, mieux encore, on placera les enfants sous la tente à oxygène. On est frappé de voir la rapidité avec laquelle les signes fonctionnels s'atténuent ; mais, au cours des premières heures et même des quelques premiers jours, cette atténuation n'est qu'artificielle, car le nourrisson représente vite de nouveau la dyspnée et un peu de cyanose une fois sorti de la tente. Après un séjour de 48 heures sous la tente cependant, il est rare que de tels signes réapparaissent.

L'administration de sulfamides ne paraît pas d'un grand inté-

rêt. A quelle dose faudrait-il donner le médicament, et quand faudrait-il en cesser l'emploi puisqu'il n'y a pas de fièvre et que les symptômes locaux persistent ?

On a essayé, sans illusion préalable, les vaccins pour stimuler la résistance de l'organisme ; on n'a pas obtenu un succès durable. C'est cependant de ce côté qu'il faudrait orienter la thérapeutique pour immuniser plus rapidement les malades. Un effort doit être tenté par des transfusions de sang prélevé à l'entourage, aux adultes en particulier. Quel que soit le mode d'action de cette méthode ou quelle que soit la valeur du principe sur lequel elle est fondée, il est possible qu'elle donne des résultats dans les formes prolongées.

CONCLUSIONS

1. L'œdème subaigu curable du nouveau-né et du nourrisson dont nous rapportons trois observations dans notre travail, est une affection qui mérite une place à part parmi les syndromes pulmonaires aigus du premier âge.

2. Cette maladie frappe les enfants dans les trois premiers mois de la vie. Si la débilité et la prématuration constituent des causes favorisantes, elles ne constituent pas un facteur étiologique dominant. Par contre, l'origine infectieuse de ce syndrome paraît probable.

3. Son tableau clinique se résume en une toux impérieuse quinteuse, s'accompagnant de cyanose, de dyspnée et d'une expectoration spumeuse apparaissant sur les lèvres du nourrisson, symptôme tout à fait particulier au cours d'une affection respiratoire survenant à cet âge. L'état général de l'enfant reste bon, la température varie entre 37° et 39°, l'appétit est conservé et la courbe de poids n'a guère tendance à baisser.

Le signe capital est donné par l'auscultation qui révèle la présence de fins râles secs, crépitants, dans la totalité ou dans une grande partie des champs pulmonaires, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration.

A l'examen radiologique on constate une diminution diffuse de la clarté des champs pulmonaires, parfois des images micronodulaires.

4. L'évolution est toujours favorable ; après deux mois en général, l'affection diminue peu à peu d'intensité pour aboutir

finalemeut à la guérison, les signes fonctionnels, physiques et radiologiques disparaissant progressivement.

5. Le diagnostic exact est difficile, en l'absence de toute vérification anatomique. Il faut éliminer l'asthme, la coqueluche, la tuberculose du nourrisson, la broncho-pneumonie et l'hypertrophie du thymus.

6. Le traitement est essentiellement symptomatique et se résume en l'administration d'oxygène. Mais une tentative doit être faite dans les formes prolongées ; on pourra essayer la radiothérapie thoracique, ou mieux, les vaccins ou les transfusions de sang prélevé aux membres de la famille.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTARIT : *Œdème aigu du poumon chez le nourrisson au cours des infections pulmonaires*. (Thèse Paris, 1936).
- BARD : *Nature et mécanisme pathogénique de l'œdème du poumon* (Presse Médicale, nov. 1926).
- BERTOYE, MONNET et DECHAVANNE : *Les broncho-alvéolites du nourrisson*. (Journal de Médecine de Lyon, 1943, p. 217-221).
- CATHALA, AUZEPEY et BRAULT : *Catarrhe suffocant*. (Rév. franç. de Pédiatrie, 1938, p. 105).
- COMBY : *Forme apyrétique de la broncho-pneumonie infantile*. (Arch. de Méd. des enfants, 1934, p. 355).
- DEBRÉ, SEMELAIGNE et COURNAUD : *Œdème infectieux subaigu et curable chez le nourrisson*. (Soc. de Pédiatrie, 1926, p. 72).
- Œdème du poumon infectieux subaigu et curable chez l'enfant nouveau-né*. (Presse Méd., 1926, p. 1.618).
- DE BREUCK : *Quelques réflexions au sujet d'un cas d'œdème pulmonaire curable chez le nourrisson*. (Rev. Belge de Sic. Méd., 1936).
- GOUZONNAT : *Contribution à l'étude de la grippe pulmonaire chez le nourrisson*. (Thèse Paris, 1933).
- HÉRAUX : *Les broncho-pneumonies chez l'enfant ou pneumonie en foyer*. (Paris, Masson, 1929).
- HUTTINEL : *Les œdèmes du nourrisson*. (J. du Praticien, 1912).
- JOSEPH : *Contribution à l'étude de l'œdème pulmonaire infectieux épidémique du nourrisson (broncho-alvéolite spumeuse)*. (Thèse, Paris, 1939).
- LEMAIRE : *Trois cas d'œdème aigu du poumon chez le nourrisson*. (Bull. Méd., mars 1927, p. 212).
- Deux cas de Cheyne-Stokes et mort*. (Soc. Péd., 1927, p. 212).
- LEREBoullet : *La grippe chez le nourrisson*. (Gaz. des Hôpitaux, 1933, p. 155).
- L'œdème pulmonaire infectieux du nourrisson*. (Le Nourrisson, 15 mai 1939).

- LEREBOULLET, LELONG, DELARUE et JOSEPH : *Sur une épidémie d'œdème pulmonaire infectieux subaigu du nourrisson (broncho-alvéolite spumeuse)*. (Paris Méd., 1938, p. 337 et Soc. de Péd., oct. 1938).
- LOGRE : *L'œdème infectieux du poumon*. (Thèse Paris, 1913).
- MARFAN : *Traité des maladies du nourrisson*.
- MÉRY : *Œdème pulmonaire infectieux subaigu du nourrisson*. (Thèse, Paris, 1926).
- MEYER J. : *La broncho-pneumonie du nourrisson. Etude physio-pathologique et thérapeutique*. (Thèse, Paris, 1923).
- RIBADEAU-DUMAS : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 4.068, p. 3.
- RIBADEAU-DUMAS et MUGER : *Les infections broncho-pulmonaires aiguës dans la première enfance*. (Arch., Médico-Chir. de l'appareil respiratoire, 1927, n° 2).
- ROHMER et M^{lle} PHÉLIZOT : *Bronchiolite aiguë grippale avec accès d'apnée chez le nouveau-né. Evolution favorable*. (Soc. de Péd., 1931, p. 360).
- YANA : *Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon chez l'enfant*. (Thèse, Montpellier, 1938).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Observations	13
Observation n° 1	13
Observation n° 2	17
Observation n° 3	20
Etude clinique	25
1. — Etiologie	25
a) Age	25
b) Antécédents	25
c) Infection	26
2. — Symptomatologie	27
a) Signes fonctionnels	27
b) Signes généraux	28
c) Signes physiques	29
d) Signes radiologiques	30
3. — Evolution. Formes cliniques	31
Anatomie pathologique	35
Diagnostic	37
Traitement	41
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*A PROPOS DE L'ŒDÈME
PULMONAIRE SUBAIGU CURABLE*

DU NOUVEAU-NÉ

par M^{me} Josette DONNEZAN

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 juin 1943.

Le Professeur,
G. BOUDET.

Vu :

Montpellier, le 27 octobre 1943.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 27 octobre 1943.

Le Recteur,
J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
